



PEMERINTAH KABUPATEN KAPUAS HULU  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Diponegoro No. 27 Putussibau Kode Pos 78711  
Telepon (0567) 21666 Faksimile (0567) 21666  
Surat Elektronik: [dinkes@kapuashulukab.go.id](mailto:dinkes@kapuashulukab.go.id)



**PERSYARATAN PEMBUATAN SURAT IZIN PRAKTEK FISIOTERAFIS**

1. Fotocopy KTP pemohon
2. Fotocopy ijazah Fisioterapis Profesi atau Fisioterafis Spesialis
3. Fotocopy surat tanda registrasi Fisioterapi (STRF)
4. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter pemerintah
5. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan) atau tempat Praktik Pelayanan secara mandiri
6. Surat Rekomendasi dari Puskesmas wilayah kerja setempat
7. Rekomendasi dari organisasi profesi di daerah (IFI)
8. Denah lokasi
9. IMB atau surat keterangan dari kelurahan/kecamatan
10. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar 3x4 sebanyak 2 lembar (80% bagian wajah)
11. SIPF atau SIKF pertama/kedua (untuk permohonan SIPF atau SIKF yang kedua/ketiga)
12. Surat pernyataan sanggup dan patuh terhadap peraturan perundang-undangan yang berlaku

Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Kapuas Hulu



**dr. H. Harisson, M.Kes**

Pembina Utama Muda  
NIP. 19660808 199803 1 007

